

TÜBERKÜLOZA BAĞLI KARPAL TÜNEL SENDROMU: BİR OLGU SUNUMU***Celal ÇALIŞIR¹, Süda TEKİN KORUK¹, Sinan ZEHİR²**¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ŞANLIURFA
²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, ŞANLIURFA**ÖZET**

Tüberküloza bağlı tenosinovit median sinir sıkışmasına yol açan nadir nedenlerdendir ve genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde izlenir. Burada 13 yaşında sağlıklı bir hastada karpal tünel sendromu ile sonuçlanan tüberküloz tenosinoviti sunulmaktadır. Olgu sağ elde tenar atrofi, hafif ağrı ve şişlik bulguları ile başvurdu. Tanı sinoviyektomi sonrasında konuldu. Soğuk apse cerrahi olarak çıkarıldı ve materyalin histopatolojik olarak incelenmesinde granülatöz lezyon tanımlandı. Cerrahi sonrası antitüberküloz tedavi alan olgu tamamen düzeldi. Nadiren görülse de karpal tünel sendrom bulgularıyla başvuran hastalarda tüberküloz düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: karpal tünel sendromu, tenosinovit, tüberküloz

SUMMARY**Carpal Tunnel Syndrome due to Tuberculosis: A Case Report**

Tuberculous tenosynovitis is an uncommon cause of median nerve compression usually reported in immunocompromised patients. In this report we describe a 13-year-old patient diagnosed with tuberculous tenosynovitis as carpal tunnel syndrome with no history of immunodeficiency. The clinical features consisted of gradually swelling, mild pain and thenar atrophy of right hand. The diagnosis was made after synovectomy. A surgical resection to cold abscess was carried out, and the histopathological examination showed granulomatous lesion. The patient was cured completely by the antituberculous therapy following surgery. Although it is very rare, tuberculosis should be considered in patients presenting the findings of carpal tunnel syndrome.

Keywords: carpal tunnel syndrome, tenosynovitis, tuberculosis

GİRİŞ

Karpal tünel sendromu, el bileğinde median sinirin kompresyonu sonucu meydana gelen, median siniri en çok etkileyen hastalık ve en sık sinir sıkışması sendromudur⁽⁸⁾. Tüberküloz hemen her organı tutabildiği gibi nadir de olsa karpal tünel alanında enfeksiyona yol açabilir. Bu bölgeye yayılım genellikle akciğer gibi primer odaktan lenfohematojen yol ile olur⁽³⁾. Ekstrapulmoner tüberküloz tanısı çoğunlukla

şüphelenmeyi gerektirir. Tüberküloza bağlı karpal tünel sendromunun mevcut klinik belirti ve bulguları tanıya varmayı kolaylaştırabilir. Burada bilinen bir immünsupresyon durumu olmayan, el bileğinde şişlik, parmaklarda ağrı, uyuşukluk ve güç kaybı nedeniyle başvuran ve tüberküloza bağlı tenosinovit ve karpal tünel sendromu tanısı alan bir olgu literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

İletişim adresi: Celal Çalışır, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yenişehir Yerleşkesi 63300, ŞANLIURFA
Tel: (0414) 318 30 00/2368-3423, GSM: (0505) 705 42 01
e-posta: celalcalisir@yahoo.com.tr

Alındığı tarih: 21.08.2011, yayına kabul: 28.09.2011

*XXXIV. Türk Mikrobiyoloji Kongresi'nde sunulmuştur. Poster no. PB-242 (07-11 Kasım 2010, Girne/Kıbrıs)

OLGU

Onüç yaşında olan kız hastanın yakınmaları 2 yıl önce sağ el bileğinde şişlik ile başlamış. Dört ay önce yakınmalarına ağrı, uyuşukluk, 3., 4. ve 5. parmaklarda fleksiyon kısıtlılığı ve güç kaybı eklenmiş. Hastada ateş, öksürük, gece terlemesi, iştahsızlık, kilo kaybı, hayvan teması, taze peynir yeme öyküsü ve herhangi bir immünsupresyon durumu yoktu. Soy geçmişinde amca ve dayısının daha önce akciğer tüberkülozu geçirdiği öğrenildi.

Başvurusunda yapılan fizik muayenede, hastanın vital bulguları normaldi. Sağ el bileği fleksör yüzü hafif şiş, tenar bölge atrofik, sağ el 3., 4. ve 5. parmaklar atrofik görünümde ve fleksiyon kısıtlılığı mevcuttu. Tinel ve Phalen belirtileri pozitif olarak tespit edildi. Sağ aksiller bölgede 2x1 cm'lik ağrısız, hareketli ve sert kıvamda lenfadenopati mevcut iken sol omuzda BCG aşı skarı yoktu. Diğer muayene bulguları doğal idi. Laboratuvar bulguları olarak beyaz küre 4900/mm³, hemogloblin 13.1 g/dL, trombosit 261 bin/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 7 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 0.06 mg/dL (N: 0.1-0.5), aspartat aminotransferaz (AST) 14 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 15 U/L idi. HIV testi negatifti. Tüberkülin deri testi (PPD, Montaux) 72 saat sonunda 22 mm olarak tespit edildi. *Brucella* tüp aglütinasyon testi negatif idi. Akciğer grafisi normaldi. Diğer laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. Sağ el bileğinin elektromiyografi (EMG) ile incelenmesi median sinirin el bilek hizasında motor ve duysal liflerinin etkilendiği tuzak nöropatisi ile uyumlu idi. El bileğinin manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) fleksör tendonlarda tenosinovit, etrafta yaygın efüzyonlar ve median sinirde ödemin eşlik ettiği karpal tünel sendromu olarak değerlendirildi. Hasta opere edildi. Operasyon sırasında fleksör tendonlar etrafındaki sinovial hipertrofiler temizlendi. Ayrıca derin fleksör kaslar arasına doğru uzanan mukoid kıvamlı, içinde beyaz renkli materyal içeren kistik doku çıkarılarak median sinirin yeterince rahatlaması sağlandı. Cerrahi materyalin histopatolojik incelemesinde hematoksilen ve eozin boyama ile kronik granümatöz inflamasyon, epitelioid histiyositler, makrofajlar ve Laghans

tipi dev hücreleri içeren fokal kazeöz nekroz saptandı. Materyalin tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Hasta öykü, klinik ve laboratuvar olarak tüberküloza bağlı karpal tünel sendromu olarak kabul edildi. Hastaya ilk 2 ay izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid, ardından izoniazid ve rifampisin ile devam etmek üzere bir yıl antitüberküloz tedavi verildi. Bir yılın sonunda hastanın yakınmaları tamamen geriledi. Hasta bir yıldır sekelsiz olarak ve nüks olmaksızın poliklinikten takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Tüberküloz, dünyada ve ülkemizde halen sorun olmaya devam eden bir infeksiyon hastalığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya nüfusunun üçte birinin *Mycobacterium tuberculosis* ile infekte olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ global tüberküloz kontrol 2010 raporuna göre 2009 yılında 9.4 milyon yeni olgu ve tüberküloza bağlı 1.3 milyon ölüm bildirilmiştir⁽¹³⁾. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 2010 yılı raporuna göre ülkemizde ekstrapulmoner tüberküloz hızı % 32.5, vertebra dışı kemik eklem tutulumu % 3.7 olarak bildirilmiştir⁽¹⁰⁾. Tüberküloz hemen her organı tutabildiği gibi karpal tünel alanında da hastalık oluşturabilir. Karpal tünel sendromlu 53 olgulu bir seri incelendiğinde 3 olgu tüberküloz olarak tespit edilmiş ve nokta prevalansı % 6 olarak değerlendirilmiştir^(3,7).

Tüberküloza bağlı tenosinovit, immünsupresyonu olmayan kişilerde genellikle nadir görülür⁽⁶⁾. Olgumuzun bilinen herhangi bir immünsupresyon durumu yoktu.

Karpal tünel sendromunun geliştiği olgularda klinik olarak şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı saptanır⁽¹¹⁾. Median sinire kompresyonun ileri boyutlarda olduğu durumlarda ilgili kaslarda atrofi ve kuvvet kaybı mevcut tabloya eklenir⁽⁸⁾. Olgumuzda da duyu bozukluğu, ağrı, tenar kaslarda atrofi ve kuvvet kaybı mevcuttu.

Tüberküloz tenosinovitinde tanı süresi aylardan yıllara kadar değişmekle beraber ortalama 19 ay olarak tahmin edilmektedir⁽¹²⁾. Olgumuzda tanı süresi 24 ay idi. Tanı koyma

aşamasında en önemli adım tüberkülozun akla getirilmesidir. Bu nedenle geçirilmiş akciğer tüberkülozu veya temas öyküsü sorgulanmalıdır. Ekstrapulmoner tüberkülozda temas oranı bir çalışmada % 60 olarak bildirilmektedir⁽⁹⁾. Olgumuzda geçirilmiş akciğer tüberkülozu olmamakla beraber aile bireylerinde akciğer tüberkülozu nedeniyle temas öyküsü vardı. Ayrıca hastamız tüberkülozun yüksek oranda endemik olduğu bir bölgede yaşıyordu.

Tüberkülozda sedimentasyon yüksekliği dışında laboratuvar bulguları genellikle normal sınırlardadır. Hastaların çoğunluğunda PPD pozitif iken olguların % 50'sinde akciğer grafisi normaldir⁽¹⁾. Karpal tünel bölgesinin ultrasonografi ve MRG ile incelenmesi lezyon uzantısını göstermede, sinoviyada kalınlaşma ve nispeten küçük efüzyonları göstermede yararlı olabilir⁽⁶⁾. Olgumuzun MRG incelemesi tenosinovit, etrafta yaygın efüzyonlar ve median sinirde ödem varlığını tespit etmesine rağmen çıkarılan kitleyi göstermede başarısız kalmıştır. Bu durum, kitlenin çok küçük olmasından veya yorumlamadaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Elektrofizyolojik test olarak EMG ile bilekte uzamış duyu iletiminin gösterilmesi tanıyı destekler⁽⁸⁾. Olgumuzun yapılan EMG incelemesi median sinirin el bileği hizasında motor ve duysal liflerin etkilendiği tuzak nöropatisi ile uyumlu idi. Karpal tünel bölgesinde tüberküloza bağlı tutulumun patolojik görünümü sinoviyumda kalınlaşma, eksüdasyon, granülasyon veya doğrudan median sinirin etkilenmesi şeklinde olabilir^(4,5). Olgumuzda da sinovyal kalınlaşma, eksüdasyon ve granülasyon mevcuttu, ancak doğrudan median sinir tutulumu izlenmedi.

Osteoartiküler tüberküloz tanısı erken dönemde konulur ve tedavi edilirse olguların % 90-95'i iyileşir ve normal fonksiyonlarına kavuşur. Tedavinin esası, 9-12 ay süre ile antitüberküloz tedavi ve tutulan eklem uygun fiziksel egzersizlerin yapılmasıdır⁽²⁾. Olgumuza da bir yıl antitüberküloz tedavi verildi. Yakınmaları tamamen geriledi. Nüks izlenmedi.

Tüberküloz halen ülkemiz için önemli bir enfeksiyondur. Tenosinovit ve karpal tünel sendrom bulgularıyla başvuran hastalarda tüberkülozun düşünülmesi, erken tanı konulması ve

uygun tedavi verilmesi olası sekelleri engelleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Albornoz MA, Mezgarzedeh M, Neumann CH et al. Granulomatous tenosynovitis: a rare musculoskeletal manifestation of tuberculosis, *Clin Rheumatol* 1998;17(2):166-9. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01452268> PMID:9641519
2. Bodur H. Osteoartiküler tüberküloz, *Klinik Derg* 2003;16(1):74-6.
3. Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis, "Bennett JE, Mandell GL, Dolin R (eds): Principles and Practice of Infectious Diseases, 7. baskı" kitabında s. 2852-86, Churchill Livingstone, Philadelphia (2010).
4. Hassanpour SE, Gousheh J. Mycobacterium tuberculosis-induced carpal tunnel syndrome: Management and follow-up evaluation. *J Hand Surg Am* 2006;31(4):575-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2005.01.018> PMID:16632050
5. Krapohl BD, Kömürçü F, Stöckl-Hiesleitner S, Deutinger M. Flexor tendon synovitis of the hand as first manifestation of atypical tuberculosis, *Acta Orthop Belg* 2007;73(1):111-3. PMID:17441668
6. Marques VB, Vieira HP, Alcantara AC et al. Tenosynovitis and carpal tunnel syndrome from Mycobacterium tuberculosis: a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis, *Acta Reumatol Port* 2010;35(1):82-4. PMID:20518148
7. Rashid M, Sarwar SU, Haq EU et al. Tuberculous tenosynovitis: a cause of carpal tunnel syndrome, *J Pak Med Assoc* 2006;56(3):116-8. PMID:16696510
8. Ropper AH, Brown RH. Adams and Victor's Principles of Neurology, 8. baskı, s.1167-8, McGraw-Hill, New York (2005).
9. Taşova Y, Saltoğlu N, Mıdıklı D, Kandemir Ö, Aksu HSZ, Dündar İH. Erişkinde 98 ekstrapulmoner tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi, *Klinik Derg* 2000;13(1):17-23.
10. TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Verem Savaşı 2010 raporu.

- http://www.verem.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/raporlar/turkiyede_verem_savasi_2010_raporu.pdf (Eriřim tarihi: 12.08.2011).
11. Waggenspack GA, Amparo EG. Case report 466. Granulomatous tenosynovitis (left 3rd finger), *Skeletal Radiol* 1988;17(2):133-5. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00365143> PMID:3363382
 12. Walker GF. Failure of early recognition of skeletal tuberculosis, *Br Med J* 1968;1(5593):682-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.5593.682> PMID:5640649 PMCID:1985351
 13. World Health Organisation. Global tuberculosis control, WHO Report 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf (Eriřim tarihi: 12.08.2011).